



Esta ficha debe ser llenada por un Médico

La información solicitada a continuación es para conocimiento de la Comunidad Académica sobre cualquier condición médica en particular que usted tenga y pueda afectar su integridad o la de sus pares. En el caso de dolencias o heridas de consideración, esta ficha médica entregará al personal especializado valiosa información respecto de su historial médico. Después de revisar esta ficha, el Director de Carrera podrá contactarla/o para aclarar dudas y aconsejarle respecto de condiciones y exigencias específicas de las actividades en terreno.

La información contenida en esta ficha es estrictamente confidencial. Será vista por las autoridades competentes de la Universidad de La Frontera – Sede Pucón, personal médico y otros que sepan y entiendan el carácter reservado de la información.

Esta ficha estará al resguardo de la Dirección de Carrera durante el presente año académico siendo obligación por parte del alumno su actualización y/o renovación de forma anual.

Información General

Form fields for personal information: Nombre, Dirección, Comuna, Ciudad, Región, Fono particular, F. trabajo, F. celular, Dirección e-mail, Fecha Nacimiento, Estatura, Peso, Presión Arterial, Pulso en Descanso, Grupo Sanguíneo.

Emergency contact fields: Contacto de Emergencia, Relación, Fono particular, F. trabajo, F. celular, Si la persona anterior no estuviese, contactar a, Relación, Fono particular, F. trabajo, F. celular.

Antecedentes Clínicos

Table for clinical history with columns: (MARCAR CON X LA QUE CORRESPONDA), SI, NO, CUÁL. Rows include: 1. Enfermedades Hereditarias, 2. Enfermedades Contagiosas (Hepatitis, Tiroidea, Parotiditis, TBC, Mononecluosis, Sarampión, otras), 3. Opoeraciones (Amigdalas, Apéndice, Hernia, otras), 4. Traumatología (Pie plano, Deformación Columna Vertebral, Artritis, Luxación, Lumbago, Fractura, Escoliaseis, Lordosis, Pie Cavo, otras), 5. Cutaneas (Afecciones Crónicas, Alergia, Urticaria, Acné, Psoriasis, Albinismo, Verrugas, Micosis, Otras).



SI NO CUÁL

6. Linfomatología

Leucosis, Hodgkin, Anemias, Adenitis, Diatesis, Hemorragias, Otras

_____/_____/_____

8. Endocrinopatía

Tiroides, Obesidad, Diabetes (Antecedentes familiares) Otras

_____/_____/_____

9. Neuro - Psiquiátricas

Psicopáticas, Neurosis, Epilepsia, Enuresis, Déficit Atencional, Otras

_____/_____/_____

10. Broncopulmonar

Asma Bronquial, Pleuresía, Bronquitis Recurrentes, Otras

_____/_____/_____

11. Cardiovascular

Fiebre reumática, Trastornos ritmo cardiaco, Varicosidades, Otras

_____/_____/_____

12. Uronefropatía

Glomerulonefritis, Neuropatía, Litiasis Urinaria, Venéreas, Otras

_____/_____/_____

13. Digestivas:

Colecistopatías, Dispepsia, diarreas, Úlcera péptica, Colon Irritable, Estitiquéz, Parasitosis, Otras

_____/_____/_____

Alergias

Considere medicamentos, alimentos, animales, picada de insectos, agentes ambientales (polvo, pasto, árboles, etc.) _____ NINGUNA

Alergia	Reacción	Medicamento Utilizado (si lo hubiese)

Ha desarrollado ANAFILAXIS: _____ (*) si _____ no _____ * agente que la provoca: _____
(toda persona que ha desarrollado ANAFILAXIS deberá portar su propio Kit de Anafilaxis provisto de Epinefrina o similar)

Historial Médico

Por favor indique los medicamentos recetados, automedicados, y/o drogas homeopáticas que esté usando.

Si es necesario usar una hoja aparte.

Nombre Medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos Secundarios	Motivo de Uso



- ¿Usted practica deportes? Si ____ No ____ ¿Con qué frecuencia practica usted deportes? _____
- ¿Usted fuma? Si ____ No ____ Usted consume bebidas alcohólicas? Si ____ No ____
- ¿Enfermedades recientes? _____
- ¿Operaciones u Hospitalizaciones? _____
- ¿Exposición reciente a enfermedades contagiosas? _____
- ¿Se le ha diagnosticado asma? ____ Si ____ No ____ si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.
- ¿Se le ha diagnosticado diabetes? ____ Si ____ No ____ si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.
- ¿Restricción de alimentos? ____ Si ____ No ____ especifique; _____
- ¿Historial de presión arterial alta? ____ Si ____ No ____ si corresponde, indicar signos, síntomas y medicamentos en hoja aparte
- ¿Tiene algún problema a la vista? ____ Si ____ No ____ especifique; _____
- ¿Está embarazada? ____ Si ____ No ____ si corresponde, cuantos meses de embarazo presenta: _____
- ¿Tiene problemas óseos, articulares o musculares? ____ Si ____ No ____ si corresponde indicar en hoja aparte.
- ¿Ha experimentado problemas con la altura (mal de altura, EPA, ECA) anteriormente? ____ Si ____ No.
- ¿Tiene alguna condición médica no mencionada anteriormente? _____

Las actividades de la Carrera requieren de gran capacidad física y mental, desarrollará sus clases en algunas ocasiones en áreas remotas, sin facilidades médicas, apoyo médico o formas expeditas de contacto de rescate o asistencia médica. Por favor indique todas las limitaciones físicas o mentales y restricciones que pudiese tener y que no han sido consultadas en este informe: _____

Si usted no tiene ninguna limitación, por favor indique aquí: _____

Apoyo Médico

En caso de requerir consulta a su medico tratante, por favor indicar:

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Teléfono de contacto: _____

Doctor

Firma

RUT

Por favor notifique inmediatamente a la Coordinación de Carrera si cualquier información suscrita requiere ser modificada y/o actualizada durante su periodo académico.